

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA
Sala Superior de Arecibo

EL PUEBLO DE PUERTO RICO

vs.

Nombre ROBINSON QUIÑONEZ HERNÁNDEZ

Núm.de Querella 06-20093646

Fecha de nacimiento 31-enero-1971

Lugar de nacimiento San Juan, PR

Sexo Masculino

Seguro Social 159-58-6104

Dirección Calle Lucila Silva #7, La Perla,
San Juan, PR

Núm. de licencia de conducir no consta

Señas no consta

CRIMINAL NUM. CSC2007-G-0632

Por: INFR. ART. 401 S.C.

Delito

S E N T E N C I A

En Arecibo, Puerto Rico, hoy día 24 de octubre de 2007 ante este Tribunal compareció el acusado ROBINSON QUIÑONEZ HERNÁNDEZ asistido por el Lcdo. César E. Cerezo Torres y el Pueblo de Puerto Rico representado por el fiscal, Hon. Alberto Miranda Schmidt y después de leída la acusación alegó ser no culpable. Vista la prueba el Tribunal declara a dicho acusado no culpable del delito de INFR. ART. 401 S.C. y le absuelve, decretando la cancelación y la devolución de la fianza si alguna hubiere sido prestada en este caso.

MARILUZ DÍAZ RODRÍGUEZ
Secretaria Regional

13 AGO. 2008

MABEL RUIZ SOTO
Juez Superior
25 OCT. 2007

POR: _____
Secretaria Auxiliar

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO que la presente es una copia fiel y exacta del original que obra en autos y expedida en virtud de la ley.
Robinson Quiñonez Hernández
☐ previo al pago de derechos ☐ por el uso de la ley
libre de defectos

Mariluz Díaz Rodríguez
Secretaria Regional

Por: [Firma]
Sub-Secretaria

13 AGO. 2008

OAT - 810 (Rev. mayo/1990)
Sentencia Absolutoria
Regla 164 Procedimiento Criminal

Formulario
Form 4902-2/1-2PR
Rev. 6.07

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
SECTOR AMENORADO DE CUENTA DE DEPARTAMENTO DE TRIBUTOS

Case 3:99-cr-00206-JAF Document 133-2
Filed 09/02/2008 Page 2 of 6

090700

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name ROBINSON		3. Núm. Seguro Social Social Security No. 159-58-6104	7. Sueldos - Wages 6,600.00		SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s)-Surname(s) QUINONEZ HERNANDEZ			8. Comisiones - Commissions 0.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 6,600.00	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address ----- MANATI PR 00674		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 66-0598274	9. Concesiones - Allowances 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 409.20	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address ALEDES INC RR-4 BOX 3452 BAYAMON PR 00956			10. Propinas - Tips 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 6,600.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number 787-858-0556		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00 Copia C para Récores del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2007 Year:	11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 6,600.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 95.70	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year			12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número Control - Control Number A12195523			13. Cont. Retenida - Tax Withheld 409.20		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Instrucciones al dorso Copia B - Instructions on back of Copy B			14. Fondo de Retiro - Retirement Fund 0.00		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
			16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

Formulario 481 Rev. 10.07

Ennegrezca Completamente los Ovalos. Ejemplo

PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)



FORMA CORTA						
Liquidador	R	G	V1	V2	P1	P2
Revisor	N	D1	D2	E	A	M

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL

de de y terminado el de de

Número de Seguro Social del Contribuyente

Número de Seguro Social Cónyuge

159586104

581658824

Nombre del Contribuyente Inicial Apellido Paterno Apellido Materno

Robinson Quiñones Hernandez

Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento Contribuyente

Día Mes Año

Fecha de Nacimiento Cónyuge

Día Mes Año

Dirección Postal

HC 01 Box 23615

Vega Baja PR Código Postal 00693

"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".

Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno

Grisselle Cotto Burgos

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Cambio de Dirección: ☒ Sí ☐ NoPlanilla 2008: ☒ Español ☐ Inglés

Teléfono Residencia

Teléfono del Trabajo

Código Postal

Encasillado 1

SI NO

a. ☒ ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?b. ☒ ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?c. ☐ ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?d. ☐ ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?e. ☐ ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) j.f. ☐ ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?**ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:**1. ☒ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)3. ☐ Jefe de familia
(No para casados)4. ☐ Soltero**FUENTE DE MAYOR INGRESO:**g. ☐ Empleado del Gobierno, Municipios
o Corporaciones Públicash. ☐ Empleado del Gobierno Federali. ☒ Empleado de Empresa Privadaj. ☐ Retirado/Pensionado**OCUPACION (Anote el Código):**
Contribuyente

Cónyuge

Sello de Recibo

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
1109-Colecturía Vega Baja
RECIBIDO
APR 15 2008
SIN PAGO
SECRETARIO DE HACIENDA

Encasillado 2

1. **Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,
según aplique).

00

Total de comprobantes con esta planilla 01

1

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (03)

4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3) (10)

A-Contribución Retenida

4	0	9	0	0
			0	0
			0	0
			0	0

A-Contribución Retenida

			0	0
--	--	--	---	---

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

6	6	0	0	0	0
			0	0	
			0	0	
			0	0	

B-Salarios Federales

			0	0	
			0	0	
6	6	0	0	0	0

Período de Conservación: Diez (10) años

Nombre del contribuyente

Robinson Quiñones

159586104



Encasillado 3

4. Ingreso Bruto Ajustado (De la línea 4, página 1)..... (02) (01) 660000

5. DEDUCCION FIJA Y EXENCION PERSONAL: Si marcó en el Encasillado 1 el bloque 1 anote \$6,150, el bloque 2 anote \$3,400, el bloque 3 anote \$5,730, el bloque 4 anote \$3,400..... (02) 615000

6. DEDUCCIONES ADICIONALES

A. Aportaciones a cuentas de retiro individual (No exceder de \$5,000 ó \$10,000 si es casado):

	Número Identificación Patronal	Aportación	Institución financiera	Número de la cuenta
(03)		(06)		
(04)		(07)		
(05)		(08)		

Total aportaciones a cuentas de retiro individual (Suma todos los importes reflejados en la línea 6A)..... (09) 000000

B. Aportaciones a sistemas gubernamentales de pensiones o retiro (10) 000000

C. Casados cuando ambos trabajan (Véanse instrucciones) (11) 000000

D. Veteranos (Véanse instrucciones) (12) 000000

E. Gastos ordinarios y necesarios (Anejo I Individuo, Parte I, línea 8) (13) 000000

F. Intereses de préstamo de automóvil: (No exceder de \$1,200)

Inst. Financiera _____ Núm. Préstamo _____
Núm. Ident. Patronal (14) 000000 (15) 000000

G. Jóvenes que trabajan (Véanse instrucciones) (16) 000000

H. Cuenta de Aportación Educativa (Anejo A1 Individuo, Parte II, línea (10))(Véanse instrucciones). (17) 000000

I. Adquisición e instalación de computadora personal para uso de dependientes (Ver inst.) .. (18) 000000

J. Total Deducciones Adicionales (Suma líneas 6A a la 6 I) (19) 000000

7. Pago de servicio telefónico por comunicación con personal militar en zona de combate (Véanse instrucciones) (20) 000000

8. EXENCION POR DEPENDIENTES (Complete el Anejo A1 Individuo, véanse instrucciones)

A) No universitarios: Categoría (I) (21) TOTAL 2 x \$1,600 (24) 320000

B) Universitarios: Categoría (II) (22) x \$1,600 (25) 000000

C) Incapacitados, ciegos o de 65 años o más: Categoría (I) (23) x \$1,600 (26) 000000

D) Total de Exención por Dependientes (Suma líneas 8A a la 8C)..... (27) 320000

9. Total Deducciones y Exenciones (Suma líneas 5, 6J, 7 y 8D) (28) 935000

10. INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCION (Línea 4 menos línea 9. Si la línea 9 es mayor que la línea 4, anote cero) ... (29) 000000

Período de Conservación: Diez (10) años

Anejo A1 Individuo

Rev. 10.07



2007

DEPENDIENTES Y BENEFICIARIOS DE CUENTAS DE APORTACION EDUCATIVA

Año contributivo comenzado el _____ de _____ de _____ y terminado el _____ de _____ de _____

Nombre del contribuyente Robinson Quintero Hernandez

Número de Seguro Social
159586104

Parte I: Información Dependientes (Véanse instrucciones)

55

INFORMACION IMPORTANTE PARTE I

- No incluya al cónyuge en este anejo. Un individuo casado que vive con su cónyuge no es jefe de familia para fines contributivos, por lo que no debe incluir el nombre de la esposa en el encasillado de jefatura (línea 01).
- Si reclama el estado personal de jefe de familia, incluya al dependiente que le da dicho derecho en la línea de Jefatura (01), pero no reclame la exención por este dependiente.
- Acompañe este Anejo con su planilla para poder considerar la exención por dependientes.

Nombre, Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Categoría * (N) (U) (I)	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Número de Seguro Social
Jefatura (01)	NO CONTRIBUYENTE / NO CONYUGE			J		
(02)	Genesis Trinidad Cotto	Ahijado		N	29-04-1997	597547009
(03)	JOSEAN L. Plaza Cotto	Ahijado		N	23-06-2000	597642971
(04)						
(05)						
(06)						
(07)						
(08)						
(09)						
(10)						

* Véanse instrucciones.

Parte II: Beneficiarios de Cuentas de Aportación Educativa (Véanse instrucciones)

57

INFORMACION IMPORTANTE PARTE II

- Estos beneficiarios no deberán considerarse al determinar la exención por dependientes. No obstante, si alguno de estos beneficiarios cualifica como su dependiente, deberá incluirlo también en la Parte I de este Anejo.

Nombre, Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Día	Fecha de Nacimiento Mes Año	Parentesco *	Número de Seguro Social	Cantidad Aportada (No exceder de \$500 cada uno)
(01)							
(02)							
(03)							
(04)							
(05)							
(10)	Total aportaciones (Sume líneas (01) a la (05) y traslade al Encasillado 3, línea 6H de la Forma Corta)						

* Véanse instrucciones.

Período de Conservación: Diez (10) años

Periodo de Conservación: Diez (10) años

Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☐ Si ☐ No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.

NOTA AL CONTRIBUYENTE

Código Postal		Especialista por cuenta propia (enmárcala aquí)	Firma del Especialista	Fecha
Número de Registro		Número de Identificación Patronal		

Nombre del Contribuyente		Fecha	Firma del Cónyuge	Nombre de la Firma o Negocio
Firma del Especialista (Letra de Mole)		15/06/08		

Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.

JURAMENTO

(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)

Cuenta a nombre de	
Tipo de cuenta:	<input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros
Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta
Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1100, Calle Juan Viera, P.O. Box 100 San Juan, P.R. 00901	

AUTORIZACION PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO

Encasillado 5

21. CANTIDAD A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado 5)

20. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 18 menos líneas 19(a) y 19(b))

(d) Recargos (45) (46) (47) (48) (49) (50)

(c) Intereses (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

(b) Otras Transferencias Electrónicas, Núm. de transacción: (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

19. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

18. Balance Pendiente de Pago (Si la línea 16 es mayor que la línea 17, anote la diferencia aquí, de lo contrario, en la línea 21) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

17. Menos: Cantidad pagada con prórroga automática (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

16. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Si la línea 14 es mayor que la línea 15E, anote la diferencia aquí, de lo contrario, en la línea 21) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

(E) Total Contribución Retenida y Créditos Reembolsables (Suma líneas 15A a la 15D) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

D) Crédito por Trabajo (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

C) Crédito Compensatorio para Pensionados de Bajos Recursos (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

B) Contribución Retenida sobre Anualidades y Pensiones (Anejo H Individual, Parte II, línea 13) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

A) Contribución Retenida sobre Salarios (Suma las líneas 1A y 2A del Encasillado 2) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

15. CONTRIBUCION RETENIDA Y CREDITOS REEMBOLSABLES:

14. Responsabilidad Contributiva (Línea 11 menos líneas 12 ó 13, la que aplique. Si es menos de cero, anote cero) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

13. Crédito por Aportación a Fundación Educativa para la Libre Selección de Escuelas (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

12. Crédito para Contribuyentes Asalariados (Véanse instrucciones) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

11. CONTRIBUCION DETERMINADA (Use la cantidad de la línea 10 y la Tabla Contributiva. Véanse instrucciones) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50)

Encasillado 4

Formulario 481, Rev. 10-07 - Página 3

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social del Contribuyente

159586104